

Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género

Nelly Lam¹, Hans Contreras^{2,3}, Fátima Cuesta³, Elizabeth Mori³, Janet Cordori³, Natalia Carrillo³

RESUMEN

Objetivo: Establecer que las gestantes sometidas a violencia tienen menor prevalencia de síntomas depresivos cuando tienen un adecuado nivel de resiliencia y/o apoyo social. **Material y Métodos:** Estudio observacional transversal analítico multivariado en tres hospitales de Lima, Perú (Instituto Nacional Materno Perinatal, Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé” y Hospital Nacional Arzobispo Loayza), realizado en 593 gestantes que acudieron a consulta prenatal. **Instrumentos:** Cuestionario de la Medida del Abuso Doméstico (DAAQ), Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS-SSS), Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (RS) y Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS) para la detección de casos probables. Se trabajó con un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia de 0.05. **Resultados:** 481 (81.1%) gestantes viven con su pareja, dedicándose a labores hogareñas exclusivas 410 (69.1%); tenían antecedente de aborto previo 161 (27.2%), eran primigestas 218 (36.5%) y 435 (73.4%) iniciaron su consulta pre natal en el primer trimestre. Sufrieron alguna forma de violencia durante el embarazo 159 (26.8%), siendo la violencia psicológica la más frecuente con 152 casos (25.6%). La prevalencia de casos probables de depresión mayor fue de 34.1% (202/593), la que se elevó a 59.1% (94/159) al considerar sólo gestantes violentadas; las gestantes violentadas presentaron niveles significativamente menores de apoyo social (59.1% vs. 67.29%; $p < 0.001$) y de resiliencia (129.87% vs. 136.26%; $p < 0.001$) en comparación con las gestantes no violentadas. Las medidas de asociación ajustadas respecto a depresión mayor revelaron un OR de 3.31 (IC 95% 2.20-4.97; $p < 0.001$) para antecedente de violencia durante el embarazo, 0.28 (IC95% 0.18-0.41; $p < 0.001$) para adecuado apoyo social y 0.62 (IC95% 0.42-0.92; $p < 0.001$) para alta resiliencia. **Conclusiones:** Nuestros resultados evidencian asociación significativa entre el antecedente de violencia durante el embarazo y la presencia de síntomas de probable depresión

gestacional. En las mujeres violentadas se encontraron menores niveles de resiliencia y apoyo social que en las no violentadas, y al evaluar el apoyo social adecuado y la alta resiliencia, se observó que actúan como factores protectores, ya que ambos disminuyeron el riesgo de presentar síntomas de depresión gestacional.

Palabras clave: Violencia contra la mujer, Depresión gestacional, Resiliencia, Apoyo social.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate that pregnant women subjected to violence have lower prevalence of depressive symptoms when they present an appropriate level of resilience and/or social support. **Methods:** a cross-type multivariate analytical uncontrolled study at three hospitals in Lima, Peru, in 593 pregnant women attending prenatal care. **Instruments:** The Domestic Abuse Assessment Questionnaire (DAAQ), the Medical Outcome Study-Social Support Survey (MOS-SSS), the Resilience Scale of Wagnild and Young (RS) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). The results were calculated with a 95% confidence interval and a significance level of 0.05. **Results:** 481 (81.1%) of pregnant women live with their partners, 69.1% dedicated exclusively to work from home, 27.2% referred history of abortion, 36.5% were primigravida and 435 (73.4%) went to its first consultation in the first quarter of pregnancy. 159 women had a history of violence during pregnancy (26.8%), psychological violence was the most prevalent with 152 (25.6%) cases, the prevalence of depressive symptoms was 34.1% (202/593), while in the group of violated women the prevalence was higher 59.1% (94/159), this group also had significantly lower levels of social support (59.1% vs. 67.29%; $p < 0.001$) and resilience (129.87% vs. 136.26%; $p < 0.001$). The calculation of adjusted measures of association, regarding the presence of major depression, showed an OR 3.31 (CI95% 2.20-4.97; $p < 0.001$) for a history of violence during pregnancy, an OR = 0.28 (CI 0.18-0.41; $p < 0.001$) for

¹ Médico ginecoobstetra. Investigador Permanente del Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, UNMSM.

² Sociedad Científica de San Fernando, Facultad de Medicina, UNMSM.

³ Estudiante de la Facultad de Medicina, UNMSM.

Correspondencia: nlamfigueroa@yahoo.es; hanzpolilla@yahoo.es

adequate social support and an OR = 0,62 (CI95% 0.42-0.92; $p < 0.001$) for high resilience. **Conclusions:** Our study demonstrates a significant association between the background of violence during pregnancy and the presence of probably antenatal depression. The group of violated women have lower levels of resilience and social supports than women non violated. Adequate social support and high resilience are protector factors against the presence of sintomatology of antenatal depression.

Keywords: Gender-based violence, Antenatal depression, Resilience, Social support.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género durante el embarazo es un problema que ocurre en todas las sociedades del mundo sin distinción de clase, raza, edad o religión.¹ Las cifras, a nivel mundial, nos informan que dos de cada diez mujeres son maltratadas durante el embarazo, ya sea física, psicológica ó sexualmente.²⁻⁴ Sin embargo, en los grupos sociales donde impera el subdesarrollo cultural (roles estereotipados de género, concepto de mujer como objeto de posesión, idiosincrasia patriarcal, asociaciones de masculinidad con dureza y autoridad), la prevalencia del maltrato durante el embarazo es mucho mayor.^{5,6}

En el Perú (tanto en Lima como en provincias) se vive una situación particularmente crítica; en un estudio de la OMS, Guezmes y col⁷ encontraron que en Lima el 14.8% de las mujeres entrevistadas refirió antecedente de violencia durante el embarazo y 27.6% en el caso de Cusco. Tavera y col⁸ en un estudio sobre violencia en mujeres en edad reproductiva, en los hospitales Daniel A. Carrión en el Callao, Santa Rosa y María Auxiliadora en Lima, entrevistaron a 298 mujeres obteniendo que el 61% aceptó haber sido víctima de algún tipo de violencia (psicológica 54%, física 32.2%, sexual 21.1%, y sexual en la niñez 19.1%), el principal agresor fue la pareja actual o el ex compañero sentimental y el principal agresor de la agresión sexual en la niñez fue un familiar cercano. Cripe y col⁹ en un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) con una muestra de 2 167 púerperas encontró que el 40% había sido víctima de algún tipo de violencia durante su embarazo.

Estas cifras, son preocupantes debido a las consecuencias sobre el normal devenir del embarazo, tanto para la madre, como para el producto de la concepción; y permaneciendo como una situación poco investigada en el campo de la salud mental de las mujeres embarazadas sometidas a maltrato. Las mujeres embarazadas que sufren maltrato físico poseen tres veces más riesgo de muerte por homicidio¹ y las sometidas a maltrato psicológico tienen mayor tendencia a presentar desequilibrios en la salud mental,¹ lo que se asocia también a una mayor probabilidad de embarazos no planificados.⁹⁻¹¹

Se ha reportado asociación significativa con los trastornos del ánimo, entre ellos la depresión gestacional¹² asociada a violencia de género, con una prevalencia que oscila entre el 38 al 51% en mujeres latinas residentes en Estados Unidos.¹¹ También se ha descrito al síndrome de estrés postraumático como asociación frecuente, así como una primera consulta prenatal tardía (luego de las 20 semanas), óbito fetal o muerte neonatal por prematuridad y/o peso inadecuado al nacer y un aumento de conductas de riesgo como fumar, uso de sustancias, abuso de alcohol, y muerte por suicidio.^{3, 4, 6, 13-16}

La resiliencia y el apoyo social, entre otros (por ejemplo la espiritualidad) han sido reconocidos en la literatura como factores protectores cuando el sujeto es sometido a situaciones de maltrato.¹⁷⁻²² Durante el embarazo, que es el mayor evento circunstancial de la vida de una mujer,^{23,24} son pocos los estudios que se han centrado en evaluar estos factores.^{11, 25, 26}

El objetivo del presente estudio fue evaluar la asociación existente entre depresión gestacional y antecedente de violencia (física, psicológica o sexual) durante el embarazo; y su relación con el apoyo social y la resiliencia. La hipótesis de trabajo fue que existe una asociación riesgosa entre el antecedente de violencia y la presentación de depresión gestacional, y que el adecuado apoyo social y la alta resiliencia actúan como factores de protección disminuyendo el riesgo de presentar depresión gestacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico transversal realizado en tres establecimientos de salud de la ciudad de Lima-Perú: INMP, Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" (HONADOMANI) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). De las variables estudiadas se consideró la depresión gestacional para determinar el tamaño de la muestra, quedando constituida de la siguiente manera: INMP 256, HONADOMANI 256 y HNAL 81, totalizando 593 gestantes. Se seleccionó una muestra probabilística entre las gestantes que asistieron a sus consultas prenatales durante los meses de abril a junio del 2008, considerándose como criterios de exclusión el tener antecedente psiquiátrico y ser menor de 20 años (por limitaciones del régimen legal especial en que están inmersas). Las gestantes invitadas a participar en el estudio fueron debidamente informadas sobre la investigación a realizar, y aquellas que aceptaron, voluntaria y libremente firmaron el consentimiento informado especialmente diseñado para este estudio, autorizando de esta manera a proceder a recabar la información en los instrumentos diseñados.

La información socioeconómica incluyó datos sobre la gestante como edad, convivencia con la pareja, nivel educativo, estado laboral; los antecedentes obstétricos

incluyeron si era primípara, antecedente de aborto, trimestre en el que acudió para su primer control prenatal; y sobre su pareja, la edad y nivel educativo.

Para evaluar el antecedente de violencia durante el embarazo, el apoyo social, la resiliencia y la sintomatología depresiva se utilizaron cuestionarios de autoreporte validados en nuestro idioma así como en población gestante.

El antecedente de violencia de género fue evaluado por el Cuestionario de la Medida del Abuso Doméstico (DAAQ), desarrollado por Canterino y col²⁷ y que concibe la violencia como una gama de actos de coerción y agresión realizados contra la mujer gestante. Se consideró como un caso a toda mujer que haya referido maltrato en al menos una de las formas: físico, psicológico y sexual.

El apoyo social fue evaluado por el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS-SSS), desarrollado por Sherbourne y Stewart²⁸ y que ha sido ampliamente validado.²⁹⁻³¹ Posee un total de 19 ítems y evalúa un constructo multidimensional: apoyo emocional (ocho ítems), apoyo instrumental (cuatro ítems), interacción social positiva (cuatro ítems) y apoyo afectivo (tres ítems). Se consideró como adecuado todo puntaje igual o mayor de 57 y para cada subescala los puntos de corte, 23/24, 11/12, 8/9, 8/9 respectivamente.²⁹

La resiliencia fue evaluada por la Escala de Resiliencia (RS), desarrollada por Wagnild y Young³² y validada por Heilemann y col³³, que concibe la resiliencia como una característica de personalidad positiva que mejora la adaptación individual. Posee 25 ítems; cada ítem con respuesta tipo Likert de 7 puntos con dos enunciados de rango que van desde uno (desacuerdo) hasta siete (de acuerdo), y el puntaje total va de 25 a 175 con una graduación de alta moderada y baja resiliencia; para efectos de la dicotomización se consideró las dos últimas categorías (moderado y baja) como baja y como alta resiliencia a todo puntaje igual o mayor de 147.³⁴

La sintomatología depresiva fue evaluada por la Escala de la Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS), desarrollada por Cox y col.³⁵ y validada en población gestante por Murray y Cox³⁶ y en el Perú por Vega y col.³⁷ Dicha escala evalúa la presencia de sintomatología depresiva de tipo cognitivo-psicológico. Posee 10 ítems, cada ítem presenta respuestas de tipo Likert de cuatro opciones (muy frecuentemente 3, a veces 2, rara vez 1, nunca 0), siendo el puntaje total de 0 a 30. Se consideró como un caso de depresión mayor (al cual llamamos depresión gestacional) a todo puntaje igual o mayor de 13.^{36,37,38}

Para el registro de datos se construyó una base de datos en Microsoft Excel y para el análisis se utilizó el software estadístico SPSS-15. Para las variables cuantitativas el análisis se hizo mediante el cálculo de medidas de tendencia central. Para las variables

cualitativas (en tanto cuantitativas bajo la psicometría) se procedió al cálculo de medidas estadística univariadas para examinar las prevalencias. Para determinar significancia de medias en comparación se utilizaron las pruebas de T de Student y ANOVA. Con el fin de determinar asociaciones de riesgo se procedió al cálculo del OR crudo y ajustado, este último luego de realizar una regresión logística. Se trabajó con un intervalo de confianza del 95% y se consideró significativo todo valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 593 gestantes, con un promedio de edad de 28.6 años (rango 20 - 45). La tabla 1 describe las variables que caracterizan el perfil epidemiológico de la muestra estudiada, 81.1% compartía techo de vivienda con su pareja (casadas/convivientes), 54.8% refirió tener estudios secundarios. Siete de cada diez gestantes (69.1%) se dedicaban exclusivamente a labores domésticas. Un 36.8% era primigesta y 27.2% refirió al menos un antecedente de aborto. El 73.4% refirió haber iniciado su control prenatal en el primer trimestre. En cuanto a la pareja, fue mayor el promedio de edad (32.1 años), con un rango entre 19 a 62 años y un 44.4% con estudios superiores.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las gestantes estudiadas.

Variable	N	%
Edad (años)		
De 20 a 29	352	59.4
De 30 a 34	140	23.6
De 35 a 40	101	17.0
Convivencia		
Vive con pareja	481	81.1
Vive sin pareja	112	18.9
Nivel Educativo		
Primaria	28	4.7
Secundaria	325	54.8
Superior	240	0.5
Estado laboral		
Trabaja	183	30.9
No trabaja	410	69.1
Gestación		
Primigesta	218	36.8
No primigesta	175	63.2
Antec. de Aborto		
No	432	72.8
Si	161	27.2
Inicio de CPN		
1º Trimestre	435	73.4
2º Trimestre	127	21.4
3º Trimestre	31	5.2
Educación de la pareja		
Primaria	20	3.4
Secundaria	310	52.3
Superior	263	44.4

CPN: Control Prenatal

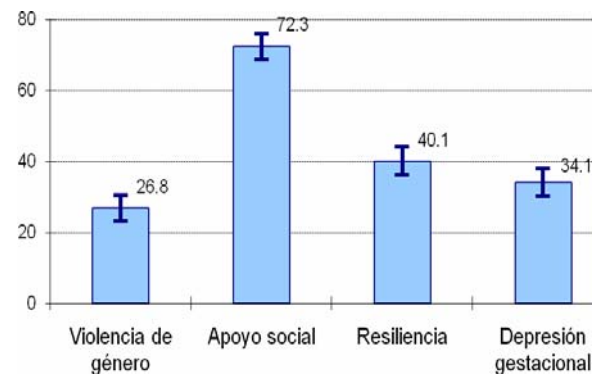
Tabla 2. Puntaje promedio del cuestionario de apoyo social percibido, de la escala de resiliencia y de la escala de depresión postnatal de Edimburgo, según variables demográficas de la muestra estudiada.

Variable	Apoyo Social	Resiliencia	Sintomatología Depresiva
Edad (años)	p> 0.05	p> 0.05	p> 0.05
De 20 a 29	68.05	135.05	10.23
De 30 a 34	66.89	138.86	10.34
De 35 a 40	65.21	136.86	10.53
Convivencia	p> 0.05	p> 0.05	p> 0.05
Vive con pareja	67.59	137.05	10.15
Vive sin pareja	66.03	132.8	10.09
Nivel Educativo	p<0.001	p<0.05	p<0.001
Primaria	56.29	125.21	14.21
Secundaria	66.24	135.93	10.42
Superior	70.00	137.99	9.69
Estado laboral	p> 0.05	p> 0.05	p> 0.05
Trabaja	66.57	138.03	10.32
No trabaja	67.61	135.46	10.30
Gestación	p<0.05	p>0.05	p<0.05
Primigesta	70.02	134.84	9.56
No primigesta	65.71	137.08	10.74
Antec. de Aborto	p>0.05	p>0.05	p<0.001
No	67.91	136.87	9.85
Sí	65.64	134.61	11.52
Inicio de CPN	p> 0.05	p> 0.05	p> 0.05
1° Trimestre	67.63	136.51	10.06
2° Trimestre	65.36	134.53	11.14
3° Trimestre	70.45	139.74	10.32
Educación de la pareja	p<0.05	p>0.05	p>0.05
Primaria	65.05	142.05	11.10
Secundaria	65.26	134.35	10.69
Superior	69.86	138.07	9.79

CPN: Control Prenatal

En la figura 1 se muestra que 26.8% de las gestantes refirió el antecedente de al menos una forma de maltrato (21 sexualmente, 47 físicamente y 152 psicológicamente), y cuando se determinó la prevalencia por cada hospital, los resultados fueron los siguientes: INMP 29.7%, HONADOMANI 28.1% y HNAL 13.6%. La depresión gestacional en la muestra analizada tuvo una prevalencia de 34.1% y cuando se analizó por cada hospital los resultados fueron los siguientes: INMP 37.1%, HONADOMANI 32.4% y HNAL 29.6%; esta prevalencia se elevó a 59.1% al considerar sólo a las mujeres violentadas. 72.3% de las gestantes tuvo adecuado apoyo social y 40.1% fue catalogada como altamente resiliente.

Como observamos en la tabla 3 el grupo de madres violentadas tuvo menor puntaje en la escala de apoyo social ($p<0.001$), menor puntaje en la escala de resiliencia ($p<0.001$) y mayor puntaje en la escala de depresión ($p<0.001$). No hubo diferencia significativa en cuanto a edad de la gestante y de la pareja.

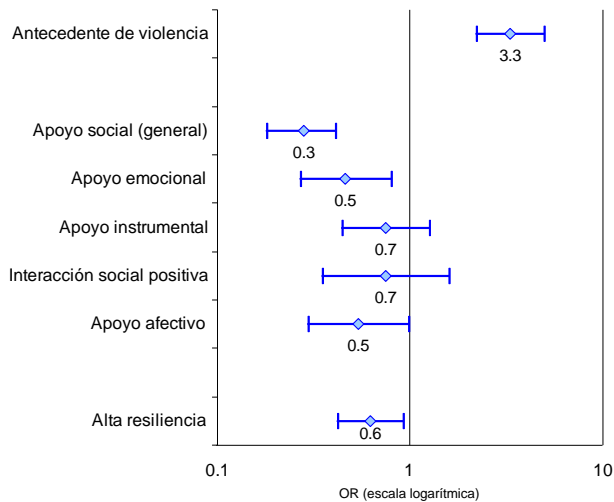
Figura 1. Frecuencia de violencia de género, apoyo social, resiliencia y depresión gestacional de la muestra estudiada.**Tabla 3.** Comparación de las medias del cuestionario de apoyo social percibido, de la escala de resiliencia y de la escala de depresión postnatal de Edimburgo, según violencia de género de la muestra estudiada

Variable	Mujeres violentadas	Mujeres no violentadas	Valor p
Apoyo Social	59.11	70.29	<0.001
A. Emocional	23.58	28.72	<0.001
A. Instrumental	12.13	14.27	<0.001
Interacción social positiva	12.50	14.74	<0.001
Apoyo afectivo	10.89	12.56	<0.001
Resiliencia	129.87	138.6	<0.001
Depresión Gestacional	13.73	9.05	<0.001
Edad de la gestante	28.68	28.57	0.854
Edad de la pareja	32.77	31.87	0.216

Se observó que las gestantes que tenían el antecedente de violencia presentaban 4.37 (IC 95% 2.97-6.41) veces el riesgo desarrollar depresión gestacional, en el caso de las que tenían un adecuado apoyo social el riesgo era de 0.21 veces (IC 95% 0.14-0.30) y de 0.49 (IC 95% 0.34-0.70) en los casos de alta resiliencia. La figura 2 nos muestra las medidas de riesgo ajustado.

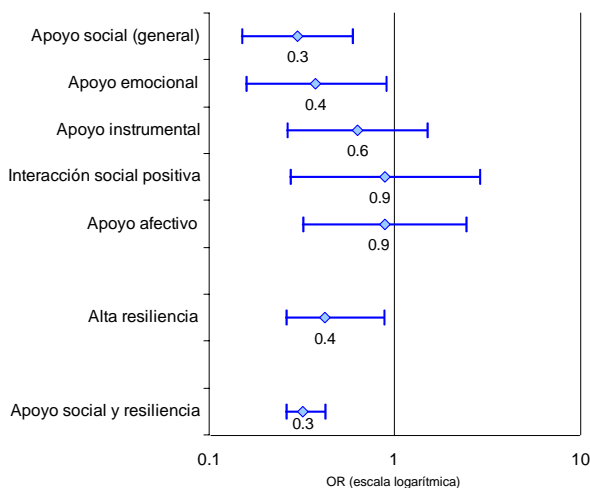
Luego de la regresión logística se encontró que las gestantes maltratadas tuvieron 4.37 veces más riesgo de presentar depresión gestacional que aquellas no maltratadas (IC 95% 2.97-6.41); aquellas que presentaban un adecuado apoyo social tenían un 79% menos riesgo de presentar depresión gestacional, OR crudo 0.21 (IC 95% 0.14-0.30); mientras que las gestantes altamente resilientes tuvieron un 41% menos riesgo, OR crudo 0.49 (0.34-0.702). Aquellas que presentaron alto apoyo social y alta resiliencia tuvieron 58% menos riesgo. Al evaluar el apoyo social, solo se encontró asociación estadística entre el apoyo emocional y el apoyo afectivo (54% y 46% menor riesgo respectivamente). (Ver figura 2)

Figura 2. Riesgo de desarrollar depresión gestacional en la muestra estudiada según antecedente de violencia, adecuado apoyo social y alta resiliencia en la muestra estudiada.



Como podemos observar en la figura 3, de las gestantes con antecedente de violencia, las que tuvieron un adecuado apoyo social presentaron 70% menos riesgo de presentar depresión gestacional, OR crudo 0.28 (IC 95% 0.14-0.55) y las de alta resiliencia presentaron 62% menos riesgo, OR crudo 0.38 (IC 95% 0.19-0.76); mientras que las que tenían adecuado apoyo social y alta resiliencia presentaron 68% menos riesgo OR crudo 0.29 (IC 95% 0.13-0.68). Al evaluar el ítem de apoyo social en las gestantes violentadas, sólo el apoyo emocional resultó significativo teniendo 63% menos riesgo de presentar depresión gestacional. (Ver tabla 7).

Figura 3. Riesgo de desarrollar depresión según antecedente de violencia, adecuado apoyo social y alta resiliencia en mujeres violentadas de la muestra estudiada.



DISCUSIÓN

En general, las gestantes que acuden a control prenatal son en su mayoría jóvenes (59.4% tenían entre 20 y 29 años, con una media de 28.6 años), convivientes (al momento de la entrevista), que en su mayoría inician su control prenatal en el primer trimestre y siete de diez son desempleadas dedicándose a labores del hogar.

La prevalencia de violencia de género encontrada (26.8%) es mayor que la referencia internacional (4-20%),^{3,4} pero menor que lo reportado por otros estudios realizados en Lima (61% y 40%).^{8,9} Se debe señalar que los estudios previos^{8,9} determinaron la violencia en términos generales, como infringida a la mujer alguna vez durante su vida, mientras que nuestro estudio se centró en indagar por la violencia infligida durante la gestación actual, lo cual puede explicar la diferencia encontrada.

Por otro lado, es sabido que un estimado cierto con respecto a la violencia es más una utopía que una posibilidad, ya que existe un subdiagnóstico en este aspecto y que aún cuando se evalúe el antecedente de manera directa (entrevista) o indirecta (autorreporte, como en este caso) es casi imposible alcanzar la verdadera determinación del número de casos, debido a que muchas mujeres no refieren el hecho (inconsciente o conscientemente) posiblemente por el estigma socio-cultural para con la mujer violentada. Pensando en ello, se informó a cada gestante de la anonimidad de su participación así como de la privacidad con respecto a la información brindada, además se determinó el antecedente de maltrato de manera indirecta (por autorreporte), guiados del reporte de MacMillan y col.¹ sobre una mayor sensibilidad y especificidad con este método. Sin embargo, los valores hallados sólo son extrapolables a los hospitales donde se realizó nuestro estudio. Ante esto surge la necesidad de realizar otras investigaciones con poblaciones más representativas, que consideren establecimientos de todos los niveles de atención y complejidad, que abarquen los diferentes departamentos y regiones y sobre todo que incluyan a gestantes adolescentes, donde la situación es mucho más crítica.³⁹

Con respecto a la depresión gestacional, la prevalencia encontrada (34.1%) coincide con lo reportado por L. Luna,⁴⁰ quien ha investigado el trastorno en el INMP. De ahí que se reincida en lo ya dicho, la prevalencia de depresión gestacional en nuestra población es mayor que lo referido por la literatura internacional (10-20%).²³ Quedan aún varios puntos pendientes como la validación de un cuestionario específico para población gestante, la evaluación de factores asociados a la depresión gestacional, la descripción clínica del cuadro, resaltando que aún falta mucho por estudiar sobre la salud mental de la mujer en edad reproductiva.

Que de diez gestantes entrevistadas sólo cuatro (40.1%) presenten altos niveles de resiliencia, permite decir, basándonos en lo publicado en torno al rol protector que asume la resiliencia frente al estrés,^{19,22,41} que más de la mitad de la población estudiada se encontraría en una situación de potencial vulnerabilidad.

Al analizar las variables en conjunto se pudo confirmar la hipótesis de que sí existe una asociación entre el antecedente de violencia y la presencia de depresión gestacional, ya que las gestantes maltratadas tuvieron tres veces más riesgo de presentar depresión gestacional; además, al evaluar si el apoyo social adecuado así como la alta resiliencia participan psicodinámicamente como factores protectores, los resultados evidenciaron que ambos participan disminuyendo el riesgo de presentar un trastorno depresivo, y que en las mujeres violentadas se encontraron menores niveles de resiliencia y apoyo social que en las no violentadas.

Es evidente que en toda mujer gestante se enciende una dinámica compleja cuando se enfrenta a situaciones estresantes y que tanto el apoyo social como la resiliencia representan en este modelo a factores protectores. Lo que no resulta entendible es el por qué, si ambos son protectores, las mujeres violentadas presentan menor nivel de resiliencia y de apoyo social que las no violentadas, ya que una de las características que reflejan casi todos los estudios conductistas es que las mujeres responden más al estrés buscando el apoyo de otras mujeres que luchando o huyendo.²⁴ En nuestro modelo, es el apoyo emocional (y quizá también el apoyo afectivo) el componente del apoyo social que mayor respaldo estadístico presenta, más incluso que la resiliencia. Una de las razones quizá sea que los niveles de resiliencia de la población estudiada fueron bajos en promedio. Sin embargo, una observación más aguda permitiría concluir que son justamente aquellas mujeres con bajos niveles de apoyo social las víctimas de la violencia, y esto se acentúa en la baja resiliencia y en la menor interacción social que presentan, traducéndose ello en un aumento en la prevalencia de depresión gestacional. No se debe olvidar que el embarazo es el inicio, acaso la eclosión de toda una amalgama de cambios concretos y perdurables. Perdurables por medio de la combinación dinámica del amor, la genética, las hormonas y la práctica; toda una transformación comparable sólo con las que acompañan a la pubertad y la menopausia.²⁴ Urgen próximos estudios que se encaminen más a profundidad en este aspecto.

El único estudio, a saber de los autores, que ha evaluado resiliencia y apoyo social en gestantes violentadas, es el de Rodríguez y col,¹¹ quien reporta gruesas diferencias con nuestro estudio. Aquel, realizado en los Estados Unidos, con una muestra de 210 gestantes latinas, no encontró diferencia entre los niveles de resiliencia en las gestantes violentadas y las no violentadas, por el contrario encontraron un rol protector inestimable tanto

para la resiliencia como para el apoyo social. Las diferencias podrían deberse a condiciones intrínsecas de las poblaciones estudiadas así como también a serias diferencias en los cuestionarios utilizados, que en nuestro estudio fueron las versiones completas y originales, no utilizando sólo subescalas, o cuestionarios no validados o no probados en población gestante.

En cuanto a las limitaciones del estudio se puede mencionar el hecho de no haber contado con un patrón de oro en la detección de los casos de depresión gestacional. La naturaleza transversal de nuestra metodología no nos permitió evaluar o reevaluar lo estudiado, estudios longitudinales son necesarios tanto para conocer la evolución así como para determinar las asociaciones o consecuencias.

Por último, se sugiere continuar con otros estudios que incluyan una población mayor, por ejemplo que analice la situación en el interior del país en donde la violencia contra la mujer es particularmente más incidente.⁷ El estudio se realizó en dos de los hospitales más grandes del Perú en cuanto al cuidado de la salud materno perinatal, el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Hospital Nacional Docente Madre Niño, contándose además con el aporte del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se esperan otros estudios multicéntricos a nivel nacional.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio no hubiera sido posible sin la participación de los siguientes alumnos de medicina humana: Candy Choquimaqui Meza, Wilmer Correa López, Mario De La Cruz Palomino, Marina Egoavil Guerra, Giannina Florencio Veneros, Carlos Miranda Fernández, Karina Neyra Espinoza, Jeimy Ramos Pacheco, Letty Talledo Bellina y Jesús Ysla La Madrid. Agradecemos también a los Drs. Fausto Garmendia Lorena y César Gutiérrez Villafuerte quienes leyeron el manuscrito, brindándonos agudos comentarios; además, al Dr. César Gutiérrez, por asesorarnos en el análisis estadístico. También queremos agradecer la gentil participación de Ursula Mariluz Román y Eduardo Espinoza Lecca por su apoyo en lo referente a traducciones. Finalmente, queremos mencionar a todos aquellos médicos, enfermeras, obstetras y personal técnico que hicieron posible este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 2006 Aug; 296(5):530-6. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/5/530>
2. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002 Dec;79(3):269-77.

3. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, et al. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002 Jun;103(1):26-9.
4. Calderón SH, Gilbert P, Jackson R, et al. Cueing prenatal providers effects on discussions of intimate partner violence. *Am J Prev Med.* 2008 Feb;34(2):134-7. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18201643>
5. Suárez L, Menkes C. La violencia familiar ejercida en contra de los adolescentes mexicanos. *Rev. Saúde Pública.* 2006;40(4):XX-XX. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/ao-5005.pdf>
6. Vladislavovna S, Pámanes-González V, Billings D, et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(4):582-90. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5821.pdf>
7. Güezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú. Lima: Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristan," Universidad Peruana Cayetano Heredia, WHO, 2002.
8. Távara-Orozco L, Zegarra-Samamé T, Zelaya C, et al. Detección de violencia basada en género tres servicios de atención de salud reproductiva. *Ginecol Obstet* 2003;49(1):31-8. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol49_n1/detección.htm
9. Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, et al. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008 Feb;100(2):104-8. Epub 2007 Oct 25.
10. Tiwari A, Chan KL, Fong D, et al. The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *BJOG.* 2008 Feb;115(3):377-84. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119421283/HTMLSTART>
11. Rodriguez MA, Heilemann MV, Fielder E, et al. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant latina women. *Ann Fam Med.* 2008;6(1):44-52. Disponible en: <http://www.annfammed.org/cgi/reprint/6/1/44>
12. Lau Y, Chan KS. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among chinese women in Hong Kong. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(2):e15-e20.
13. Lent B, Morris P, Rechner S. Understanding the effect of domestic violence on pregnancy, labour, and delivery. *Can Fam Physician.* 2000 Mar;46:505-7, 516-9. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2144984&blobtype=pdf>
14. Silverman JG, Decker MR, Reed E, et al. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Jul;195(1):140-8. Epub 2006 Apr 21.
15. Sanchez SE, Qiu C, Perales MT, et al. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008 Mar;137(1):50-5. Epub 2007 Jun 27doi:10.1016/j.ejogrb.2007.05.013.
16. Small MJ, Gupta J, Frederic R, et al. Intimate partner and nonpartner violence against pregnant women in rural Haiti. *Int J Gynecol Obstet.* 2008 Sep;102(3):226-31. doi:10.1016/j.ijgo.2008.05.008.
17. Mann JR, McKeown RE, Baco J, et al. Religiosity, spirituality and antenatal anxiety in Southern U.S. women. *Arch Womens Ment Health.* 2008;11(1):19-26. Epub 2008 Feb 18. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/878818r522830637/fulltext.pdf>
18. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, et al. Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. *Arch Psychiatr Nurs.* 2007 Jun;21(3):150-61.
19. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry.* 2004 Feb;161(2):195-216. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/161/2/195>
20. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge J, et al. Resilience as a moderator of pain and stress. *J Psychosom Res.* 2006 Aug;61(2):213-19.
21. Simeon D, Yahuda R, Cunill R, et al. Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology.* 2007;32(8-10):1149-52. Epub 2007 Oct 29.
22. Bergström A, Jayatissa MN, Mork A, et al. Stress sensitivity and resilience in the chronic mild stress rat model of depression; an in situ hybridization study. *Brain Res.* 2008 Feb;1196:41-52. Epub 2007 Dec 23.
23. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004 Apr;103(4):698-709. Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15647888>
24. Ellison K. El cerebro de mamá: cómo la maternidad estimula la inteligencia. Ed. Destino, 2007.
25. Panzarine S, Slater E, Sharps P. Coping, social support and depressive symptoms in adolescent mothers. *J Adolesc Health.* 1995 Aug; 17(2):113-9. Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/els/1054139x/1995/00000017/00000002/art00064;jsessionid=cgdpfig8jjgt.alexandra?format=print>
26. Westdahl C, Milan S, Magriples U, et al. Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstet Gynecol.* 2007 Jul;110(1):134-

40. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=17601908>
27. Canterino JC, Vanhorn LG, Harrigan JT, et al. Domestic abuse in pregnancy: A comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181(5): 1049-51.
28. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991;32(6):705-14
29. Terol MC, Lopez S, Neipp MC, et al. Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de psicología.* 2004;35(1):23-45. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61777/96257>
30. De la Revilla L, Luna J, Bailón E, et al. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de Familia.* 2005;6:10-8.
31. Rodríguez S, Enrique H. Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate.* 2007;7:155-68. Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>
32. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas.* 1993;1(2):165-78.
33. Heilemann M, Lee K, Kury FS. Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *J Nurs Meas.* 2003;11(1): 61-72. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118520696/abstract>
34. Nygren, B, Randström KB, Lejonklou AK, et al. Reliability and validity of a Swedish language version of the Resilience Scale. *J Nurs Meas.* 2004;12(3):169-78 Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/nmeas/2004/00000012/00000003/art00002?crawler=true>
35. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J of Psychiatry.* 1987 Jun;150:782-6. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
36. Murray D, Cox J. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Reprod Infant Psychol.* 1990; 8:99-107.
37. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002;30(2):106-11. Disponible en: http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2002/02/111020201060111.pdf
38. Su KP, Chiu TH, Huang CL, et al. Different cutoff points for different trimesters? The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory to screen for depression in pregnant Taiwanese women. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007 Sep-Oct;29(5):436-41. Disponible en: [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163-8343\(07\)00098-9](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163-8343(07)00098-9)
39. Chambliss LR. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2008 Jun;51(2):385-97. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18463468?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
40. Luna M. Prevalencia de la depresión mayor durante la gestación en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el periodo de junio a noviembre de 2006. Tesis no publicada. Lima, 2007.
41. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor–Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76-82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/utils/fref.fcgi?PrId=3058&itool=AbstractPlus-def&uid=12964174&db=pubmed&url=http://dx.doi.org/10.1002/da.10113>